

# VIZIJA PRIHODNOSTI ZDRAVSTVENIH DOMOV V SLOVENIJI

## THE VISION OF HEALTH CENTERS IN SLOVENIA

*Darinka Klančar<sup>1</sup>, Igor Švab<sup>1</sup>, Janko Kersnik<sup>2</sup>*

Prispelo: 5. 5. 2009 - Sprejeto: 22. 7. 2009

Pregledni znanstveni članek  
UDK 614(497.4)

### Izveček

*Članek predstavlja teoretična izhodišča za posodobitev zdravstvenih domov v Sloveniji. Novi zdravstveni dom naj bi ohranil svoje poslanstvo in osnovna izhodišča, nadgradili pa bi ga z novimi vsebinami, ki jih prinaša moderna družba.*

*Zdravstveni dom naj bi postal sodobni integrirani socialnomedicinski center, v skladu z novimi usmeritvami center za promocijo zdravja s poudarkom na preventivi skrbi za zdravje.*

**Ključne besede:** zdravstveni domovi, prihodnost, Slovenija

Review article  
UDK 614(497.4)

### Abstract

*This article presents a theoretical starting point for restructuring of health centres in Slovenia. The new health centre should maintain its mission and the basic principles, and would be upgraded with the new contents brought about by modern society.*

*Health centres would become a modern integrated social-medical center, in accordance with the guidelines of the new center for health promotion, with emphasis on selfpreventative health concerns.*

**Key words:** health centers, future, Slovenia

### Uvod

#### Primarno zdravstveno varstvo

S sprejetjem deklaracije iz Alma Ate pred več kot tridesetimi leti so se države sveta odločile, da svoje zdravstvene politike usmerijo v osnovno zdravstveno dejavnost. V naslednjih tridesetih letih se na svetovni ravni kljub deklarativnim pozivom in zavezanosti k tej strategiji premik na bolje ni zgodil. To je bil razlog, da je Svetovna zdravstvena organizacija jeseni leta 2008 izdala novo poročilo, ki ponovno poziva države, da osnovni zdravstveni dejavnosti posvetijo večjo pozornost in da svojo zdravstveno politiko preusmerijo od golih kazalcev učinkovitosti in poslovne uspešnosti zdravstvenega sistema k zagotavljanju zdravstvenega varstva na osnovni ravni (1, 2).

V zadnjih tridesetih letih se je na področju osnovne zdravstvene dejavnosti veliko spremenilo tudi v

Sloveniji, kjer imamo z zdravstvenimi domovi na področju osnovnega zdravstvenega varstva veliko izkušenj. Leta 1978 je bila Slovenija še del bivše Jugoslavije, s katero je delila tudi Štamparjeva načela glede primarnega zdravstvenega varstva in zdravstvenih domov kot organizacijske oblike, ki je optimalno omogočala uveljavljanje teh načel. Z razpadom sistema so se začele pojavljati tudi dileme o smiselnosti zdravstvenih domov (3, 4).

#### Zdravstveni domovi nekoč

Prednost prvih zdravstvenih domov je bila uspešnost pri reševanju zdravstvenih problemov ogroženih skupin prebivalstva s pomočjo pospeševanja zdravja in preventive ter aktivno odkrivanje in zdravljenje nekaterih socialno in okoljsko pogojenih bolezni. Tak način organizacije primarnega zdravstvenega varstva je kmalu dokazal številne prednosti. Pri zdravstveni

<sup>1</sup>Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup>Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

Kontaktne naslov: e-pošta: darinka.klancar@siol.com

politiki pa se je poglobila socialno medicinska zavest (5, 6). Zdravstveni dom je bil verjetno ena najbolj inovativnih idej in eden največjih uspehov tedanjega zdravstva, saj je premaknil središče zanimanja od bolnika, ki je uspel priti do zdravnika, na skupine prebivalstva in njihove najbolj žgoče probleme. Uspel se je odzvati na potrebe prebivalstva, zagotovil je pravičnost v dostopu do zdravstvene službe, omogočil je izvajanje javnozdravstvene politike države in bil ekonomsko učinkovit.

### Zdravstveni dom danes

Razvoj zdravstvenih domov kot organizacijskih oblik dela v zdravstvu je šel v smer obravnave zdravstvenih problemov posameznikov, ne pa v smer celovite obravnave zdravstvenih problemov prebivalstva, ki jih je zagovarjal Štampar. Ta klasični kurativni pristop je favoriziral sistem plačevanja zdravstvenih storitev. Strogo predpisana struktura in financiranje, zagotovljeno le za zatečene dejavnosti in obseg storitev, postaja vedno večja ovira za uresničevanje enega osnovnih konceptov zdravstvenega doma, tj. aktivnega iskanja ogroženih. Poleg tega je bilo primarno zdravstveno varstvo prepuščeno v načrtovanje in upravljanje občinam, ki pa na to vlogo niso bile pripravljene.

Med zdravstvenimi domovi obstajajo velike razlike: število zaposlenih se giblje od manj kot 100 do takih, ki so večji od bolnišnic in imajo npr. več kot 3000 zaposlenih. Razlike so tudi v njihovi organiziranosti, saj se je pri nekaterih premočno razpasla administracija, ki duši zdravstveno dejavnost.

Obstoj zdravstvenega doma kot javnega zavoda dodatno ogroža ideja, da se dejavnosti, ki so vezane na zakonodajo, teritorialno območje in periodične dejavnosti (npr. cepljenje, preventivni pregledi ipd.), izločijo iz sedanjih zdravstvenih domov in najdejo novo organizacijsko obliko.

Zdravstveni dom je postal konglomerat z neopredeljeno vsebino in priročna oblika neprofitne organizacije, ki omogoča delo vsem zdravstvenim delavcem, ki sami ne želijo voditi poslovanja lastnega zavoda, in zagotavlja široko paleto zdravstvenih storitev, ki pogosto niti ne sodijo na primarno raven.

Zdravstveni dom je zato pogosto izgubil svojo celovitost in postal ambulantno-poliklinična organizacija, ki jo določa togo financiranje dejavnosti po posameznih segmentih. Zdravstveni dom predstavlja samo še stavbo, v kateri domujejo različne službe, od katerih številne niso delile paradigme osnovne zdravstvene dejavnosti, sodile pa so v okvir pogodb na primarni ravni. Zaradi tega so lahko v zdravstvenem proračunu

prikazovali, da je slovensko zdravstvo usmerjeno v primarno raven, čeprav so te službe v velikem delu pokrivalo specialistično dejavnost (7).

Obstoj zdravstvenega doma je postal vprašljiv z uvajanjem zasebnega dela tudi na primarni ravni zlasti zaradi napačnega razumevanja statusa koncesionarjev. Začetno navdušenje ob odpiranju zasebnih oblik organizacije zdravstvene službe na primarni ravni je zamrlo zlasti zaradi nedorečenosti pravil sodelovanja med koncesionarji in zdravstvenim domom. Kritike zaradi pretiranega vpliva ekonomskega vidika, nevpodstavljeni sistemi kakovosti, nevpodstavljeni pritožni sistemi, so dodatno okrepili sume, da koncesionarstvo pomeni privatizacijo in varčevanje na račun bolnika (8,9).

Tudi najbolj razvite države na svetu utemeljujejo svoje zdravstvene sisteme na načelutimskega dela in osnovni zdravstveni dejavnosti, usmerjeni v skupnost. Slovenija je bila na tem področju dolga leta pred razvito Evropo. Slovenija ni pravočasno upoštevala priporočil Svetovne zdravstvene organizacije v smislu krepitve timskega dela in potrebe po izobraževanju vseh članov tima. Medtem ko imamo kakovostno specializacijo iz družinske medicine, medicinska sestra ostaja administrator, ki ji zaradi preobremenjenosti primanjkuje časa za delo z bolnikom. Tim v ambulanti družinske medicine je prešibek, da bi izpolnjeval svoje poslanstvo kakovostne oskrbe bolnika. Izobraževanja s področja organizacije timskega dela praktično ni. Poseben problem predstavlja izbor stalnega strokovnega izobraževanja, saj se zaposleni večinoma udeležujejo tistih srečanj, ki jih finančno pokrivajo sponzorji: obstaja razkorak med potrebami in ponudbo znanja.

Vodenje tako pomembne ustanove je prepuščeno iznajdljivosti in iniciativnosti posameznikov, ob tem pa ni izdelanih meril kakovosti vodenja. Le redki zdravstveni domovi so vključeni v sistem celovitega ocenjevanja obvladovanja kakovosti in še to po neenotni metodologiji ob odsotnosti enotnega sistema kazalcev kakovosti.

Zaradi odsotnosti vizije organiziranosti službe na primarni ravni s strani države direktorji zdravstvenih domov trošijo energijo s problemi pomanjkanja zdravnikov, nepotrebnimi spori s koncesionarji in lokalno politiko in se manj ukvarjajo s problemi, kako zagotoviti ustrezno zdravstveno varstvo.

Obstoječi sistem financiranja še vedno temelji na storitvenem načelu, ob tem pa o dogajanju odloča financer storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zanj je podcenjeno vsako delo, ki ne vsebuje kliničnega pregleda, tehnične storitve ali predpisa recepta. Osnova financiranja so tog

standardi, ki jih je opredelil financer, ki ga ne zanima kakovost storitve ampak samo izpolnjevanje pogodbenih obveznosti izvajalca

Slovenija tudi nima enotnega informacijskega sistema. Zdravstveni domovi in vsi izvajalci na primarni ravni prispevajo ogromne količine podatkov v skupni informacijski sistem države, od katerega pa dobijo bore malo uporabnih povratnih informacij. Namesto da bi zbrani podatki služili za analize in načrtovanje ukrepov, ostajajo vsebina letnih statističnih zbirk podatkov. Čeprav se je stanje obolevnosti in umrljivosti precej spremenilo, je osnovno jedro analitike in obračuna še vedno »zelena knjiga«, ki je za osnovno zdravstvo povsem neustrezna. Statistika je tako zastarela, da ne omogoča sledenja bolniku, kaj šele bolj natančne analize, ki bi omogočile oceno ekonomske koristnosti osnovne zdravstvene dejavnosti.

Izrazito nazadovanje hišnih obiskov v večjih mestih je povzročilo, da so postali stari, hudo bolni in multimorbidni bolniki neenakopravni in zapostavljeni del družbe.

Ne glede na strokovno uspešnost zdravstvenih domov je bilo v Sloveniji zelo malo znanstvenih prispevkov, ki bi se ukvarjali z osnovno zdravstveno dejavnostjo kot stebrom javnega zdravja, predvsem z njeno organizacijo (8). Tudi zaradi tega v zdravstveni politiki prevladujejo predvsem pobude, kako urediti financiranje, privatizacijo in nadzor nad izvajanjem zdravstvene službe, ne pa s tem, kako naj bi se zdravstveni dom odzival na potrebe prebivalstva.

### **Zdravstveni dom prihodnosti**

Tak razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti in zdravstvenih domov je v nasprotju s prevladujočimi trendi o razvoju osnovne zdravstvene dejavnosti v svetu, kjer se krepi timsko delo. V Sloveniji se bolj kot drugje pojavljata kriza zaupanja v osnovno zdravstvo, ki ga predstavlja zdravstveni dom, in kriza stališč nekaterih vodilnih struktur v zdravstvu, ki ne verjamejo, da osnovno zdravstvo lahko izpolni to, kar obljublja. Zdravstveni dom, kakršen je sedaj, ne odgovarja več potrebam moderne dobe in je potreben prenove, je pa še vedno ustrezen temelj osnovnega zdravstva. Ta prispevek predstavlja nadaljevanje strokovne razprave in poskus prikaza ideje »novega zdravstvenega doma« kot koncepta, ki bi predstavljal posodobitev te ideje za prihodnost.

## **IZHODIŠČA ZDRAVSTVENEGA DOMA**

Če želimo znanstveno utemeljiti zdravstveni dom v prihodnosti, potem je potrebno najprej opredeliti

načela, ki bi ga opredeljevala. Nekatera od teh načel predstavljajo že večkrat preverjene principe, ki veljajo za kakovostno primarno zdravstveno varstvo (večino smo poznali pod izrazom »dispanzerska metoda dela«), druga pa so posledica modernih trendov v medicinski znanosti in družbi (9).

Zdravstveni dom naj bi izhajal iz naslednjih izhodišč:

### **Usmerjenost v zdravje**

V zdravstvenem domu že potekajo številni javnozdravstveni projekti v organizaciji različnih subjektov. Problem predstavlja koordinacija dela in pomanjkanje povratnih informacij med zdravstvenovzgojnimi dejavnostmi in izbranimi zdravniki.

Temeljna naloga zdravstvene dejavnosti na osnovni ravni je zagotavljanje čim boljšega zdravja prebivalstva, ki ga ustanova oskrbuje (10). Medtem ko se večina kurativnih dejavnosti lahko izvaja preko posamičnih ambulant, predstavlja koordinacija preventive in promocije zdravja temeljno nalogo zdravstvenega doma. Zdravstveni dom bi zaradi tega moral postati središče načrtovanja in izvajanja promocije zdravja in preventivnih programov, usmerjenih v ohranitev in krepitev zdravja. Postati bi moral središče zdravstvenovzgojne dejavnosti na lokalni ravni.

Zdravstveni dom naj bi prevzel koordinacijo in uveljavljanje politike javnega zdravja na področju krepitve in ohranjanja zdravja. Tako bi postal žarišče, pobudnik, strokovni koordinator in spremljevalec podatkov o uspešnosti politike promocije zdravja.

### **Populacijski pristop**

Temeljna značilnost zdravstvenega doma naj bi bila njegova skrb za zdravje lokalne, geografsko opredeljene populacije, kar omogoča usklajevanje populacijskega pristopa zdravstvenega varstva (v širšo populacijo usmerjeni ukrepi za krepitev zdravja) z individualnim, k ogroženemu posamezniku usmerjenim pristopom, ki ga izvaja vsak izbrani zdravnik (11). Na tak način bi zdravstveni dom lahko poskrbel tako za posebej ogrožene skupine prebivalstva kot za zdravje posameznika v skupnosti, saj bi le tako lahko usklajeval kurativne in populacijske pristope. Povezovanje z regionalnimi zavodi za zdravstveno varstvo bi lahko bistveno pripomoglo k dvigu javnega zdravja.

### **Izvajanje nacionalne strategije**

Naloga zdravstvenega doma naj bi bilo izvajanje nacionalne politike osnovne zdravstvene dejavnosti

na lokalni ravni (12, 13). To pomeni, da bi država morala opredeliti nacionalni program prednostnih dejavnosti in ukrepov na osnovni ravni, zdravstveni dom, v sodelovanju z občino in drugimi akterji, pa bi načrtoval in koordiniral za okolje ustrezne dejavnosti za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Te dejavnosti bi potem lahko izvajale različne organizacije ali posamezniki.

Izvajanje nacionalne strategije bi omogočilo tudi kakovosten nadzor kakovosti opravljenega dela: to bi ne bil le nadzor nad kakovostjo opravljenih zdravstvenih storitev, temveč tudi nadzor nad kakovostjo zdravstvene oskrbe zaupane lokalne populacije v skladu z nacionalno strategijo in ustrezno spremljanje rezultatov te oskrbe.

### **Sodelovanje populacije v določanju prednostnih dejavnosti**

Zdravstveni dom mora imeti možnost, da relativno samostojno določa del svojih prednostnih dejavnosti, prav zaradi tesne povezave z lokalno populacijo. Za res učinkovito odzivnost na točno določenega konkretnega okolja je potrebno zdravstvenemu domu zagotoviti relativno svobodo in prožnost pri načrtovanju in izvajanju zdravstvenih ukrepov, zato je nujno temu cilju prilagoditi tudi sistem financiranja. Zdravstveni dom bi moral predstavnikom civilne družbe, organizacijam bolnikov in lokalni skupnosti omogočiti različne oblike aktivne vloge pri opredeljevanju prednostnih nalog, načrtovanju skupnih akcij in ocenjevanju rezultatov. V ta namen bi lahko zdravstveni dom organiziral različna srečanja in posvetovanja, kjer bi obravnavali zdravstvene probleme lokalne skupnosti, pa tudi posameznih skupin prebivalcev.

### **Razvojno delo**

Za izvajanje vseh teh pooblastil mora imeti zdravstveni dom možnost razvojnega dela, kar pomeni:

- *spremljanje izvajanja ukrepov*

Za potrebe lastnega dela in lokalne skupnosti mora zdravstveni dom redno spremljati učinke javno-zdravstvenih ukrepov pri lokalnem prebivalstvu, izdelati oceno zdravstvenih razmer na lokalni ravni in oceniti pojmovanje zdravja oziroma odnos lokalnih prebivalcev do lastnega zdravja.

- *pedagoško delo*

Novi zdravstveni dom bi se moral načrtovano in projektno lotiti ustanavljanja učnih ambulant za izobraževanje medicinskotehničnega osebja, študentov medicine in zdravnikov specialistov. Mentorske (učne) ambulante in mentorji (učitelji) bi morali dobiti poseben

status, ne glede na to, ali gre za ambulanto v javnem zavodu ali ambulanto s koncesijo (14-26).

- *razvojno delo (redno spremljanje uvajanja novih tehnologij in ukrepov)*

Z lastnimi raziskavami s področja javnega zdravja in v sodelovanju z območnimi zavodi za zdravstveno varstvo bi zdravstveni dom lahko analiziral populacijske podatke na svojem območju, identificiral zdravstvene probleme, ogrožene skupine prebivalstva in na podlagi teh ugotovitev načrtoval svoje dejavnosti.

Mentorji bi se morali v okviru dela s študenti in/ali specializanti vključiti v projektno znanstvenoraziskovalno delo - proučevanje konkretnih problemov na osnovni ravni.

## **POGOJI ZA URESNIČITEV KONCEPTOV**

### **• Sodelovanje z zdravstveno politiko in izvajanje politike na lokalni ravni**

Zdravstveni dom, ki bi izvajal tudi razvojno delo, bi se lahko aktivno vključeval v snovanje »zdrave javne politike« kot pobudnik in usklajevalec dejavnosti na lokalnem področju, formalno pa tudi kot povezovalac vseh izvajalcev javne zdravstvene službe na osnovni ravni.

Tako bi sodelovanje z zdravstveno politiko preraslo iz sedanjih pogajanj z izvajalci storitev v strokovni dialog o oskrbi populacije na lokalni ravni. Zaradi razdrobljenosti lokalnega političnega prostora bi občine z zdravstvenim domom sodelovale na ravni koordinacije, kjer bi že predhodno uskladile možnosti in potrebe. Tako ne bi več prihajalo do asimetričnih zahtev glede organizacije zdravstvene službe, obenem pa bi občanom zagotovili enakost, pravičnost in dostopnost.

### **• Zakonodaja**

Nova vsebina in organizacijska struktura nujno pogojuje spremembe v zakonodaji, ki opredeljuje vsebino zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ter organizacijske pogoje za njeno izvajanje. Na področju financiranja je trenutna zakonodaja neprožna, zato je nujno dopolniti vse zakone in podzakonske akte, ki urejajo sistem financiranja zdravstvene dejavnosti. Poleg tega je potrebno sprejeti predpise, ki bodo uskladili namenska in variabilna sredstva v zdravstvenem domu z novimi vsebinami in projektnim ter izobraževalnim delom.

Zakonodaja mora vsebovati tudi jasno metodologijo ocenjevanja kakovosti in poslovne odličnosti in s tem opredeliti tudi vire finančnih spodbud.

- **Spremembe v financiranju**

Financiranje kurativne dejavnosti bi se moralo spremeniti tako, da bi temeljilo na plačevanju kakovosti storitev tako, da bi denar sledil bolniku (27-30). Nujna je nova opredelitev standardov ambulate v osnovni dejavnosti. Novi standardi naj bi omogočali populacijsko preventivni in celovit pristop do bolnikov.

Nova izhodišča ter nove vsebine, zlasti projektno in vzgojno delo, narekujejo zagotovitev posebnih namenskih sredstev, ki bi omogočala pročnost pri načrtovanju in izvajanju zdravstvenih ukrepov. Financiranje takih projektov, ki lahko sčasoma ob dokazani učinkovitosti prerastejo v redno financiranje, bi moralo biti večdelno. Nujna je vključitev lokalnih proračunov in raznih oblik komercialnih zavarovanj.

Projektne naloge, načrtovanje in ocenjevanje ukrepov zahtevajo dodatni »variabilni del« sredstev, ki bi bila podlaga za začetek projekta ali programa in možnost za kandidature za dodatna sredstva preko razpisov lokalnih in državnih organov.

- **Informatizacija**

Obstoječi informacijski sistem je nujno posodobiti in nadgraditi z izvedenskimi sistemi za bolj kakovostno in predvsem bolj varno delo. Na podlagi vnaprej opredeljenih kazalcev kakovosti bo potrebno v sistem vnašati tudi podatke, ki bodo pomembno prispevali k analiziranju uspešnosti zdravstvenih programov in načrtovanju izboljšav (31-42). Te podatke bi morala analizirati ustanova na nacionalni ravni.

- **Organizacijska struktura**

Zdravstveni dom bi se organiziral na osnovi vseh dejavnosti, ki naj bi jih zagotavljal. Razdelitev dela znotraj zavoda pa je stvar organizacije dela v posameznem zdravstvenem domu in nikakor ne bi smela biti omejena s pogodbo o financiranju. Organizacijske oblike osnovnega zdravstva ne morejo biti enake po vsej državi. Delo zdravnikov v mestih je namreč drugačno od tistega na podeželju, zato je drugačnemu slogu dela treba prilagoditi tudi organizacijo službe oz. razmerja služb v zdravstvenem domu.

Velikost zavoda bi se morala prilagajati lokalnemu okolju in zmožnostim služb za racionalno zagotavljanje osnovnega zdravstvenega varstva. Osnova za organizacijo bi moral biti vpeljan sistem kakovosti in celovito obvladovanje kakovosti kot način vodenja. Vse dejavnosti sekundarne ravni bi se morale organizacijsko izločiti iz zdravstvenega doma kot poslovnega subjekta in nastopiti kot samostojni subjekt v obliki poliklinike. Če bi izvajalci sekundarne dejavnosti želeli del svoje

dejavnosti izvajati na lokaciji zdravstvenega doma, bi jo lahko v soglasju z zdravstvenim domom in z lokalno skupnostjo organizirali kot »out-reach«, tj. oddaljeno ambulantno dejavnost, ki pa bi bila jasno specialistična in ne primarna.

## **SOŽITJE ZASEBNIH IN JAVNIH ORGANIZACIJ OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Zdravstveni dom bi se moral organizacijsko preoblikovati v obvladljive enote, kjer ne bo pomembno, ali je nosilec zdravstvene dejavnosti zasebna ali javna organizacija, zasebnik ali javni uslužbenec. Za delovanje in izvajanje javnozdravstvene funkcije bi bila potrebna dodatna sredstva, ki bi omogočala izvajanje teh nalog ne glede na siceršnji proračun zdravstvene dejavnosti v javnem zavodu. Zdravstveni dom naj bi tako postal koordinator delovanja mreže izvajalcev celotnega programa osnovnega zdravstvenega varstva in pri tem povezoval delo zaposlenih v javnem zavodu in koncesionarjev. Ker lokalna politika doslej ni pokazala sposobnosti, da prevzame vlogo načrtovalca in koordinatorja mreže, mora to vlogo prevzeti novi zdravstveni dom.

Država bo morala zaupati vodenje tega centra najboljšim strokovnjakom, ki imajo znanja tako s področja javnega zdravja kot managementa. Merila za izbiro vodilnih, predvsem strokovnih direktorjev in vodij služb, bi morala biti v zdravstvenem domu enaka kot merila za izbiro vodij bolnišničnih oddelkov in klinik. Če takih strokovnjakov primanjkuje, je pač potrebno vzpostaviti sistem izobraževanja. Pri tem je treba preseči večno dilemo, ali naj bo direktor zdravstvenega doma zdravnik ali ekonomist - glede na povsem novo vsebino zdravstvenega doma je nujno, da je to strokovnjak s končanim visokošolskim študijem in dodatnim znanjem s področja javnega zdravstva, kar lahko pridobi le z ustreznim podiplomskim študijem. To je naloga države: posodobitev že obstoječih študijskih programov managementa v zdravstvu in/ali uvedba novih.

## **VERTIKALNO POVEZOVANJE**

Osnovna zdravstvena dejavnost in z njo zdravstveni domovi bi se pri strokovnih in raziskovalnih vprašanjih morali naslanjati na nacionalno referenčno ustanovo, ki jo je pri medicinski fakulteti potrebno še ustanoviti. Brez osrednje ustanove, ki bo sposobna združiti javno zdravstvo in klinično medicino ter usmerjati dogajanje

in vodenje posameznih zdravstvenih centrov glede na lokalne potrebe in zmožnosti, pač ni bodočnosti za kakovost primarnega zdravstvenega varstva.

Pri načrtovanju in analizah javnozdravstvenih dejavnosti na svojem območju se zdravstveni dom povezuje z območnimi zavodi za zdravstveno varstvo, ki mu posredujejo povratne podatke in sodelujejo pri načrtovanju in spremljanju zdravstvenih ukrepov na območju zdravstvenega doma.

## SKLEP

Zdravstveni dom predstavlja genialni izum, ki je nastal v prvi polovici prejšnjega stoletja. Zaradi svoje uspešnosti so njegove ideje prevzemali praktično povsod po svetu. Vendar se mora tako kot katera koli druga organizacija v strateškem smislu ukvarjati z naslednjimi vprašanji: o ocenjevanju problemov z razvojnega vidika, o ugotavljanju poslovnih priložnosti, o preverjanju dotedanjih in postavljanju novih razvojnih zamisli. O njih mora odločati na osnovi dolgoročnega časovnega horizonta, torej na osnovi postavljanja svojih strateških ciljev, razvijanja in ocenjevanja strategij ter izbiranja najboljših med njimi.

Zdravstveni dom se je v pogojih nove zdravstvene zakonodaje znašel v zelo nezavidljivem položaju, saj njegova vloga ni bila jasno in strokovno opredeljena. Tako je postal prepuščen lokalnim interesom in sposobnosti managementa, da vzdržuje doseženo organiziranost na ustrezni ravni.

Z razvojnega vidika je ob nedorečenosti zdravstvene politike nujno, da zdravstveni dom znova prevzame svojo prvotno vlogo in z njo funkcijo kurativno-preventivnega centra za promocijo zdravja ter se aktivno vključi v snovanje politike zdravega življenja in lastne skrbi za zdravje v širšem družbenem prostoru.

Novi zdravstveni dom naj bi bil prožna enota, ne pa konglomerat interesov lokalne skupnosti. Idealno bi bilo, da bi vseboval tudi strokovno in znanstveno nadgradnjo in iskal demografske, patološke, etnološke, antropološke, sociološke, ekonomske in pravne specifičnosti in možnosti oskrbovanega prebivalstva. Ne glede na svojo velikost bi moral predstavljati javni forum za zdravstvene probleme na lokalni ravni.

## ZAHVALA

Pri pripravi tega dokumenta so sodelovali učitelji in asistenti na obeh katedrah za družinsko medicino, tako

v Ljubljani kot v Mariboru. Posebej tehtne pripombe so prispevali asist. dr. Mateja Bulc, dr. Josip Car, doc. dr. Štefek Grmec, prof. dr. Marko Kolšek, asist. dr. Tonka Poplas Susič in asist. Ksenija Tušek Bunc. Vsem se iskreno zahvaljujemo.

## Literatura

1. Rawaf S, DeMaeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(08)61524-X:1-3.
2. Švab I. Alma Ata 1978, Almaty 2008. *Zdrav Var* 2008; 47(4): 159-60.
3. Švab I. Primary health care reform in Slovenia: First results. *Soc Sci Med* 1995; 41(1): 141-4.
4. Borovečki A, Belicza B, Orešković S. 75th anniversary of Andrija Štampar School of Public Health - What can we learn from our past for our future? *CMJ* 2002; 43(4): 371-3.
5. Urlep F, Švab I, Rotar Pavlič D. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002:18-27.
6. Pirc I. Zdravje v Sloveniji. II. Knjiga. Zdravstvene prilike in delo higijenskih ustanov v Sloveniji 1922-1936. Ljubljana: Higijenski zavod Ljubljana, 1938.
7. Švab I, Kersnik J, Klančar D. Zdravstveni dom : relikt preteklosti ali vizija prihodnosti. *Zdrav Var* 2005; 44(4): 173-82.
8. Švab I, Premik M. Zdravstveni dom. Primarno zdravstveno varstvo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Institut za socialno medicino, 1995: 37-41.
9. Allen J, Gay B, Crebolder HFJM, Heyrman J, Švab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WHO Europe Office, 2005.
10. David AK. Challenges in personal and public health promotion: the primary care physician perspective. *Am J Prev Med* 1994; 10(suppl-1): 36-8.
11. Wise H. The primary care health team. *Arch Intern Med* 1972; 130: 438-44.
12. Alper P. Primary care in transition. *Jama* 1994; 272: 1523-7.
13. Albrecht T, Močnik Drnovšek V. Health care in Slovenia: Its reform - goals and perspectives. *Bilten-Ekon Organ Inform Zdrav* 1994; 10: 7-9.
14. Crebolder HFJM, Breevoort E, editors. Educational research: evidence and implementation. Maastricht: University of Maastricht, 1998.
15. Scherger JE. A medical student's perspective on preceptors in family practice. *The J Fam Pract* 1975; 2(3): 201-3.
16. Freeman J, Roberts J, Metcalfe D, Hillier V. The influence of trainers on trainees in general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1982:1-17.
17. Pečar S. Zdravstvena vzgoja v ordinaciji splošnega zdravnika. *ZdravVestn* 1984; 53: 418.
18. Pereira Gray D. A system of training for general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1986:1-52.
19. Schamroth AJ, Haines AP, Gallivan S. Medical student experience of London general practice teaching attachments. *Med Educ* 1990; 24: 354-8.
20. Martens FMJG, Root JMH. Practical medical education in general practice. *Med Educ* 1992; 26: 213-7.
21. Rashid A, Allen J, Styles B, Gray DP. Careers in academic general practice: problems, constraints, and opportunities. *BMJ* 1994; 309(6964): 1270-2.

22. Ostergaard I. General practitioners of Europe state: "Quality of education must be ensured to enhance quality of care". *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 13-4.
23. Peart S. Training in general medicine. *Lancet* 1998; 35 (9100): 454.
24. Wallace P, Drage S, Jackson N. Linking education, research, and service in general practice. *BMJ* 1998; 316: 323.
25. Carter Y, Hilton S. Academic general practice: no time for ivory towers. *Fam Pract* 2000; 17(4): 283-4.
26. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14(2): 141-7.
27. Groenewegen PP, van der Zee J, van Haaften R. Remunerating general practitioners in Western Europe. Aldershot: Avebury, 1991.
28. Iliife S, Munro J. General practitioners and incentives. *BMJ* 1993; 307: 1156-7.
29. Mannion R, Davies HTO. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008; 336(7639): 306-8.
30. Gleave R. Across the pond - lessons from the US on integrated health care. London: Nuffield trust, 2009.
31. Palmer K. Critical evaluation and audit. *Practitioner* 1991; 235: 314-8.
32. Hayes GM. Computers and medical audit. Update 1992: 329-34.
33. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 111-3.
34. Kersnik J. Zagotavljanje kakovosti. *Isis* 1994; 3: 39-41.
35. Kersnik J. Zgledovanje kot zagotavljanje kakovosti v zdravstvenih ustanovah. *Zdrav Var* 1995; 34: 125-30.
36. Nash DB. Quality of measurement or quality of medicine? *JAMA* 1995; 273: 1537-8.
37. Rethans JJ, Westin S, Hays R. Methods for quality assessment in general practice. *Fam Pract* 1996; 13(5): 468-76.
38. Kersnik J. Obvladovanje napak v medicini. *Zdrav Vest* 1999; 68(10): 575-81.
39. Grol R. Centre for quality of care research. Nijmegen, Maastricht: WOK, 2000.
40. Makela M, Booth B, Roberts R. Family doctors' journey to quality. Helsinki: Stakes, 2001.
41. Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ* 2003; 326(7398): 1070.
42. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H, Grol R. Quality management in primary care. Bielefeld: Bertelsmann, 2004.